



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Rivaldo Melo de França, José; Rosário Costa, Nilson do
A dinâmica da vinculação de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, núm. 1, enero, 2011, pp. 241-257
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63015361023>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A dinâmica da vinculação de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004

The dynamic binding of resources for health in Brazil: 1995 to 2004

José Rivaldo Melo de França ¹
Nilson do Rosário Costa ²

Abstract *The aim of this study is to discuss the Brazilian Federal participation in the financing health sector from 1995 to 2004, having the basis the resources of the institutional initiatives related to the indexation of expenses, considering the macroeconomic adjustment practiced in that period and the institutions role to protect the cash flow. Examining the performances of the institutional mechanism actually adopted with the purpose of guarantee the flow regularity and extension of the values, by the analysis of the Temporary Contribution on the Financial Movement (TCFM) and the Constitutional Amendment Number 29 (CA 29) whose initiatives has their efficiency questioned. It demonstrates the impact of the destination of such measures from the statistics analysis of the use of the resources of the TCFM regarding its levies and the indexation of Union resources effects measures from the CA 29 before and after the application of its determinations.*

Key words *Health financing Institutional protection, Resources linking*

Resumo *Este estudo examina a participação federal no financiamento da saúde no Brasil, no período de 1995 a 2004, a partir das iniciativas institucionais de vinculação e indexação de recursos, levando em consideração o ajuste macroeconômico praticado no período e a influência do papel das instituições na proteção do fluxo financeiro. Examina-se a eficiência dos mecanismos institucionais adotados com o propósito de garantir a regularidade e a ampliação do fluxo de meios, analisando-se o desempenho da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) e da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), iniciativas que vêm tendo seus efeitos questionados em termos de ampliação de valores. Demonstra-se o impacto alocativo de tais medidas a partir da análise estatística do emprego em saúde dos recursos da CPMF em relação a sua arrecadação e dos efeitos das medidas de indexação de recursos da União, via EC 29, por meio da comparação do aporte federal em saúde antes e após a sua aplicação.*

Palavras-chave *Financiamento da saúde, Proteção institucional, Vinculação de recursos*

¹Ministério da Saúde.
Esplanada dos Ministérios,
bloco G, sala 339, Plano
Piloto. 70058-900 Brasília
DF. jrmf1@uol.com.br

²Departamento de Ciências
Sociais, Escola Nacional de
Saúde Pública Sergio
Arouca, Fundação Oswaldo
Cruz.

Introdução

Este estudo trata das influências que os mecanismos institucionais exercem sobre os padrões do gasto federal em saúde. A ideia central é ampliar o debate sobre a sustentabilidade do financiamento público federal setorial a partir da avaliação da eficiência das iniciativas governamentais voltadas à garantia e ampliação do fluxo de recursos.

A partir da segunda metade da década de 1990, com a implementação do modelo de atenção descentralizada delineado pela Constituição Federal de 1988 (CF)¹, o financiamento passou a ser o segmento mais discutido no processo de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A nova orientação conferida a esse sistema, pela ampliação de direitos e extensão dos serviços, exigiu, como suporte, uma estratégia de alocação de recursos instituída e pragmática de modo a fornecer cobertura à execução das ações programadas.

A CF outorgou ao nível federal o papel de coordenação nacional desse sistema, bem como o responsabilizou pela alocação de recursos para a sua implementação. Antes da implementação do SUS, a União já tinha preponderância na distribuição dos recursos para a saúde, uma vez que em torno de 70% do gasto público em saúde era de sua responsabilidade. Na atualidade, essa participação varia em torno dos 50%.

Numa conjuntura dominada pela orientação restritiva do ajuste macroeconômico, algumas fórmulas foram testadas na tentativa de conferir estabilidade ao fluxo de valores. A evolução dessas iniciativas resultou nos arranjos institucionais de vinculação de fontes ou de indexação de valores atualmente praticados.

Uma análise de causa e efeito da questão do financiamento à saúde no contexto do ajuste macroeconômico na década de 90 remete às influências estruturantes dele, como também da política econômica de estabilidade fiscal e controle inflacionário. A face mais visível da orientação do ajuste macroeconômico em relação ao financiamento das políticas sociais seria expressa na incapacidade do Estado de gerar e destinar recursos suficientes para atender à expansão da demanda da população, algumas delas originárias dos seus próprios efeitos.

No Brasil, o financiamento do setor saúde, levando em conta todas as incertezas quanto às fontes de recursos, tem provocado questionamentos com relação tanto à suficiência como também à regularidade de aportes que venham a assegurar a sustentabilidade do sistema.

Algumas iniciativas institucionais tentaram conferir regularidade ao financiamento setorial.

Em 1994, o Poder Executivo, em uma tentativa de vinculação de fonte tributária, propôs a criação do Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF), que em 1996 passou a ser denominado Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF). Incidente sobre as movimentações financeiras, vigorou, em caráter provisório, até 1999, com recursos destinados exclusivamente à saúde. Após várias prorrogações, teve a sua alíquota e destinações sucessivamente modificadas. Atualmente, sua arrecadação está legalmente assegurada até o final de 2007.

Em 2000, a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29)² modificou os artigos 167, inciso IV, e 198 da Constituição Federal e vinculou percentuais das receitas tributárias de competência dos estados e municípios, além de corrigir, a partir de 2001, os valores empregados pela União pela variação do Produto Interno Bruto (PIB).

O tema central deste trabalho é a avaliação da sustentabilidade do financiamento público federal para o desenvolvimento do SUS, a partir da eficiência das iniciativas oficiais voltadas à garantia da manutenção e ampliação dos recursos disponibilizados entre 1995 e 2004.

Esse recorte temporal tem em conta a estabilização da moeda verificada no período, o que confere maior consistência às análises comparativas empreendidas. Levou-se em consideração a influência exercida pelo ajuste macroeconômico no Brasil, com o enxugamento de meios causado pela busca do equilíbrio fiscal e, mais recentemente, de expansão do superávit primário.

Outro fator determinante observado nesse processo corresponde às regras institucionais. Os seus efeitos compreendem o impacto das variáveis não econômicas, das esferas política, legislativa e jurídica, que abrangem tanto as regras formais estruturantes das organizações estatais ou privadas como os princípios informais que dão conformidade social. Esse conceito de instituição expressa os efeitos estruturantes das relações entre legisladores, os interesses organizados, o eleitorado e o Poder Judiciário³.

A saúde e o orçamento da seguridade social

A CF instituiu o Orçamento da Seguridade Social (OSS) como forma de alocação de recursos para as políticas públicas sociais a partir da diversificação de fontes. Essa iniciativa teve como finalidade a redução da vulnerabilidade orçamentária dos setores que o integram. A partir de então, as fontes destinadas à saúde passaram a não ser apenas baseadas em folha salarial, mas tam-

bém no faturamento empresarial, dada a incorporação e a elevação da alíquota do Fundo de Desenvolvimento Social (Finsocial), transformado em 1989 em Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), como também passaram a ser lastreadas no lucro líquido das empresas, com a criação da Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL)⁴.

Ainda de acordo com as determinações constitucionais, o SUS seria financiado com recursos da União, do Distrito Federal, dos estados e dos municípios, que deveriam ser aplicados em participações mínimas derivadas de percentuais aplicados sobre:

- . União – a ser definido por Lei Complementar.
- . Estados e Distrito Federal – estrutura tribu-

tária da respectiva competência e devoluções de imposto de renda de seus órgãos e autarquias, arrecadados pela União, deduzidas do valor total as parcelas transferidas aos seus municípios.

. Municípios e Distrito Federal – estrutura tributária da respectiva competência e devoluções de imposto de renda de seus órgãos e autarquias, arrecadados pela União, além de parcelas de impostos de competência tributária própria (sobre propriedade de veículos) ou do estado onde se situa (sobre a circulação de mercadorias e prestação de serviços de transporte e de comunicação)¹.

O propósito dessa nova conformação seria ampliar os recursos para a saúde e protegê-los das oscilações da economia, o que resultou na diversidade de padrões de participação mostrada na Tabela 1.

Tabela 1. Fontes de financiamento dos gastos do Ministério da Saúde. Brasil, 1995-2004. Em % sobre o total.

Fontes de financiamento	1995	1996	1997	1998	1999
Recursos ordinários	3,24	0,82	1,03	9,79	15,09
Títulos de Responsabilidade do Tesouro Nacional	2,68	4,14	3,97	9,64	0,27
Operações de crédito internas – Moeda	7,93	8,35	0,00	0,00	0,00
Operações de crédito externas – Moeda	1,09	0,87	0,50	0,96	1,53
Recursos diretamente arrecadados	2,48	2,52	2,40	2,35	3,47
Contribuições sociais	69,00	62,93	71,64	64,43	61,51
Contrib. Soc. s/ Lucro das Pessoas Jurídicas	20,23	20,68	18,85	7,25	13,15
Contrib. Soc. p/ Finan. da Seg. Social	48,77	42,25	25,27	23,56	26,32
Contribuição Provisória s/ Mov. Financeira	0,00	0,00	27,53	33,62	22,04
Recursos do Fundo de Estabilização Fiscal	11,73	17,93	19,40	12,05	14,49
Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Demais fontes	1,87	2,45	1,06	0,78	3,14
Total^{a,b,c}	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fontes de financiamento	2000	2001	2002	2003	2004
Recursos ordinários	5,26	14,43	10,35	13,09	7,38
Títulos de Responsabilidade do Tesouro Nacional	0,67	0,90	0,43	0,45	0,00
Operações de crédito internas – Moeda	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Operações de crédito externas – Moeda	2,65	2,00	1,89	1,06	0,73
Recursos diretamente arrecadados	3,24	3,08	2,67	2,30	2,17
Contribuições sociais	81,10	73,83	79,47	80,91	86,94
Contrib. Soc. s/ Lucro das Pessoas Jurídicas	12,51	6,96	22,50	27,39	32,34
Contrib. Soc. p/ Finan. da Seg. Social	37,73	38,90	18,62	21,06	25,15
Contribuição Provisória s/ Mov. Financeira	30,86	27,97	38,35	32,46	29,45
Recursos do Fundo de Estabilização Fiscal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza	0,00	4,43	2,45	0,00	0,90
Demais fontes	7,07	1,33	2,74	2,18	1,88
Total^{a,b,c}	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: De 1999 a 2001, Anuário Estatístico de Saúde do Brasil, Ministério da Saúde, 2002.

De 2002 a 2004, Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi)/Sistema Integrado de Dados Orçamentários (Sidor). Elaboração própria.

Notas: (a) Refere-se à despesa empenhada; na soma total podem ocorrer diferenças por arredondamento; (b) Inclui despesas da administração direta e indireta; (c) Inclui despesas com inativos, pensionistas e serviço da dívida pública.

No período, é evidente o desequilíbrio entre os recursos de impostos gerais com relação ao aporte das Contribuições Sociais (CS). O maior percentual daquele grupo de fontes, 15%, em 1999, teve um caráter emergencial para compensar a queda de arrecadação da CPMF, que por motivos legais não foi parcialmente cobrada. Uma comparação da evolução do comportamento desses dois grupos de fontes sugere tendência compensatória.

As CS tiveram participação destacada, variando de mais de 61%, em 1999, até quase 87% em 2004.

Nos exercícios de 1995 e 1996, a Cofins teve a participação mais significativa. No entanto, a partir de 1997 começaram a declinar as participações das demais CS, enquanto a CPMF passou a ocupar posição de destaque sustentando-a até o final do período, com um emprego médio de 30,29%.

Apesar da diversidade desse modelo, o setor saúde enfrentou sucessivas crises de financiamento na década de 90. Até 1990, os Encargos Previdenciários da União (EPU) foram financiados com fontes típicas da seguridade social, quando essa despesa, correspondente à cota parte da União no financiamento das aposentadorias dos servidores federais, é de sua responsabilidade, já que o regime previdenciário do funcionalismo público foi constitucionalmente diferenciado do privado (Marques, *apud* Ugá)⁵.

Em 1993, foram suspensos os 15,5% das receitas de contribuições de empregados e empregadores previstos no orçamento da saúde, o que levou o Ministério da Saúde (MS) a contrair empréstimo junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), comprometimento que levou a maiores dificuldades financeiras do orçamento da saúde a partir de então.

Em 1994, foi iniciada a prática da desvinculação de parte dos recursos específicos da seguridade social, que se perpetuou a partir de 2000 com a institucionalização da Desvinculação dos Recursos da União (DRU), determinando que 20% das receitas de impostos e contribuições da União tenham liberdade de alocação pelo governo federal^{5,6}.

A disponibilização de recursos federais para o SUS

No período pós-Constituição, o uso da arrecadação da seguridade social com finalidades diversas tem levado a incertezas com relação às fontes do setor. Essa fragilidade de propósitos suscita questionamentos quanto à suficiência dos recursos empregados e à aplicação setorial estável. Piola e Biasoto⁷ demonstram, na Tabela 2, com dados do gasto total, do *per capita* e da proporção do PIB entre 1993 e 1999, que houve uma evolução oscilante, com um decréscimo mais destacado no último ano, em relação aos dois imediatamente anteriores.

Os anos de 1993 e 1997 apresentaram valores extremos na série atualizada. No primeiro, os autores indicam a consequência das dificuldades financeiras provocadas pela exclusão do gasto em saúde das receitas provenientes de descontos em folhas de pagamentos, o que resultou no endividamento junto ao FAT. A recuperação no ano de 1997 credita-se ao início da arrecadação da CPMF e à ainda não retração das outras fontes, o que se deu nos anos posteriores.

Os autores apresentaram dados relativos ao gasto *per capita* que mostram certa evolução positiva, já que partindo de um valor de R\$ 85,00 atinge quase R\$ 122,00 em 1997. Já como percentual do PIB, o crescimento dos valores corrigi-

Tabela 2. Ministério da Saúde – gasto total, *per capita* e proporção do PIB, 1993-1999.

Ano	R\$ milhões correntes	R\$ milhões constantes Dez/1998 ^a	Índices	Per capita R\$ de dez/98	% PIB
1993	297	12.822	100	85,0	2,11
1994	7.494	13.021	102	85,2	2,15
1995	14.937	18.614	145	120,1	2,31
1996	14.376	16.154	126	102,8	1,85
1997	18.569	19.394	151	121,8	2,14
1998 ^b	17.541	17.665	138	109,5	1,94
1999	20.334	18.375	143	113,8	2,06

Fonte: Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc)/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2001.

(a) Valores deflacionados mês a mês pelo IGP/DI da Fundação Getúlio Vargas; (b) Não incluído o valor de R\$ 1,782 milhão correspondente à dívida do MS, amortizada diretamente pela Secretaria do Tesouro Nacional.

dos verificado é bem mais tímido. Essas comparações demonstram que, no período, a evolução dos gastos globais não fora inteiramente desfavorável, embora suscite certa fragilidade quando se muda a variável relacionada.

Para **Castro**⁸, “Os gastos federais com saúde e educação tiveram baixo ou nenhum crescimento”. Os autores acrescentam: ***esse comportamento deve-se, em larga medida, ao processo de descentralização conduzido pelo governo federal, transferindo aos estados e municípios a competência e a crescente responsabilidade de aumentar o atendimento às demandas nessas áreas***

Consideraram, ainda, as variáveis políticas e macroeconômicas como determinantes do desempenho do Gasto Social Federal (GSF), nele inserido o gasto em saúde. Os autores conceituam Gasto Social Federal como o conjunto de despesas diretamente efetuadas pelo governo central, bem como as transferências negociadas de recursos para os outros níveis de governo ou para instituições privadas, referentes a programas e ações (projetos e atividades) desenvolvidos nas áreas de atuação social. Para fundamentar a sua análise, apresentaram dados da evolução do Gasto Social Federal no período de 1995 a 2002, parte dos quais é parcialmente reproduzida na Tabela 3⁹.

Nessa ótica, “a importância da área de saúde no GSF diminuiu de cerca de 15%, em 1995, para 13% em 1998”⁹. Os autores apontam que esse gasto sofreu uma certa estagnação que pode ser justificada, nos dois últimos anos, pela fixação dos patamares de participação dos entes subna-

cionais no financiamento das ações públicas de saúde proporcionada pela aprovação da EC 29. Observa-se também, nesse período, que a importância setorial no GSF continua sendo reduzida. Os valores atualizados para o último ano da série mostram que, nos dois períodos, o crescimento do GSF foi bem superior ao do gasto federal em saúde.

Essas análises contêm conclusões semelhantes às de Piola e Biasoto⁷, apesar de terem enfoques diferenciados. Esses estudos indicam ainda haver pouca coerência no emprego de recursos para a saúde, tanto em termos quantitativos quanto na eficiência dos mecanismos institucionais que venham a assegurar a regularidade do financiamento do setor.

A Tabela 4 apresenta uma comparação do GSF segundo o dispêndio anual por áreas de atuação. Os cálculos referem-se às despesas agrupadas pelo critério de objetivo ou finalidade dos gastos, constituindo-se em esforço de promover a melhor aproximação possível da sua destinação efetiva junto à população beneficiária, de acordo com metodologia desenvolvida pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). O agrupamento utilizado foge da classificação programática ou do emprego institucional de recursos, indo além de um registro de despesas por órgão. Essa classificação cobre a atuação social das administrações direta e indireta com unidade orçamentária própria¹⁰. Mais informações sobre a metodologia de agrupamento por áreas de atuação da política social encontram-se na referência bibliográfica citada.

Tabela 3. Evolução do gasto federal em saúde em relação ao Gasto Social Federal. Em R\$ milhões.

Ano	Gasto Social Federal		Gasto Federal com o SUS		Proporção %
	Valor	Nº Índice	Valor	Nº Índice	
1995	180.473	100	27.792	100	15,40
1996	190.865	106	25.273	91	13,24
1997	206.235	114	29.326	110	14,22
1998	219.582	122	27.677	100	12,60
1999	211.151	117	29.078	105	13,77
2000	213.969	119	29.524	106	13,80
2001	215.828	120	29.152	105	13,51
2002	219.080	121	27.922	100	12,75

Fonte: Ipea, 2005.

Notas: Valores corrigidos mês a mês pelo IGP-DI para dezembro de 2002.

Metodologia para o cálculo do gasto social adotada pela Desoc/Ipea.

Tabela 4. Gasto Social Federal por áreas de atuação, em valor constante (1996-2005).

Áreas de atuação	1996	1997	1998	1999	2000
Em R\$ bilhões					
Alimentação e nutrição	1,0	1,5	1,9	2,0	2,0
Assistência social	1,5	3,0	4,3	5,2	7,5
Benefícios a servidores públicos federais	38,0	40,7	43,2	44,9	46,4
Cultura	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4
Desenvolvimento agrário	2,2	3,7	3,6	2,9	2,8
Educação	13,3	12,8	13,9	14,1	16,3
Emprego e defesa do trabalhador	9,3	9,2	10,3	9,5	9,8
Habitação e urbanismo	2,8	7,8	5,8	4,7	8,1
Previdência social	87,4	89,5	101,3	104,5	108,5
Saneamento básico	1,3	2,1	3,1	1,8	2,1
Saúde	25,2	29,0	27,7	30,5	31,8
Total	182,4	199,7	215,4	220,5	235,7
Participação percentual					
Alimentação e nutrição	0,55	0,75	0,88	0,91	0,85
Assistência social	0,82	1,50	2,00	2,36	3,18
Benefícios a servidores públicos federais	20,83	20,38	20,06	20,36	19,69
Cultura	0,22	0,20	0,14	0,18	0,17
Desenvolvimento agrário	1,21	1,85	1,67	1,32	1,19
Educação	7,29	6,41	6,45	6,39	6,92
Emprego e defesa do trabalhador	5,10	4,61	4,78	4,31	4,16
Habitação e urbanismo	1,54	3,91	2,69	2,13	3,44
Previdência social	47,92	44,82	47,03	47,39	46,03
Saneamento básico	0,71	1,05	1,44	0,82	0,89
Saúde	13,82	14,52	12,86	13,83	13,49
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Áreas de atuação	2001	2002	2003	2004	2005
Em R\$ bilhões					
Alimentação e nutrição	1,9	1,7	1,8	1,5	1,7
Assistência social	9,5	12,1	13,4	16,5	18,8
Benefícios a servidores públicos federais	50,2	52,2	48,7	50,5	51,8
Cultura	0,5	0,4	0,4	0,5	0,6
Desenvolvimento agrário	2,9	2,4	2,1	2,9	3,9
Educação	15,9	15,3	14,4	15,9	17,4
Emprego e defesa do trabalhador	10,9	11,5	11,3	11,9	13,4
Habitação e urbanismo	6,1	6,9	6,0	6,5	8,7
Previdência social	116,4	123,1	132,8	145,1	158,4
Saneamento básico	4,3	1,7	0,7	1,2	1,8
Saúde	33,0	33,9	32,2	35,4	35,9
Total	251,6	258,8	263,8	285,0	312,4
Participação percentual					
Alimentação e nutrição	0,76	0,66	0,68	0,53	0,54
Assistência social	3,78	4,68	5,08	5,79	6,02
Benefícios a servidores públicos federais	19,95	20,17	18,46	17,72	16,58
Cultura	0,20	0,15	0,15	0,18	0,19
Desenvolvimento agrário	1,15	0,01	0,80	0,01	1,25
Educação	6,32	5,91	5,46	5,58	5,57
Emprego e defesa do trabalhador	4,33	4,44	4,28	4,18	4,29
Habitação e urbanismo	2,42	2,67	2,27	2,28	2,78
Previdência social	46,26	47,57	50,34	50,91	50,70
Saneamento básico	1,71	0,66	0,27	0,42	0,58
Saúde	13,12	13,10	12,21	12,42	11,49
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Disoc/Ipea.

Nota: Valores deflacionados mês a mês para dezembro de 2005, pelo IPCA.

Observa-se que a Saúde (25,09%) foi um dos setores de atuação com variação menos expressiva em termos de GSF no período, sendo precedida apenas por Educação (14,47%) e por Alimentação e Nutrição, que não demonstrou variação. Fica evidente também que o crescimento do aportes setoriais para a Saúde foi bem inferior ao do GSF global (73,75%).

Em termos de participação setorial no GSF, houve o recuo para a Saúde de 13,82% para 11,49%, em oposição ao avanço de outras áreas como a da Assistência Social, que avançou de 0,82% para 6,02% e a da Previdência Social de 47,92% para 50,70%. Detalhando essa análise, nota-se que até 1999 a participação do Gasto Federal em Saúde, média de 13,76%, foi superior ao do período de 2000 a 2005, média de 12,64%. A comparação entre os dois períodos revela que os efeitos da EC 29² contraíram a participação média do nível federal dos GSF. No entanto, em termos de valores, a média do gasto setorial demonstrou um relativo avanço. No primeiro período, foi de R\$ 28,1 bilhões, enquanto no segundo correspondeu a R\$ 33,7 bilhões.

O ajuste macroeconômico e a disponibilização de recursos para a saúde

Antes da institucionalização do SUS, o cenário da economia nacional já vinha sendo marcado por políticas econômicas restritivas orientadas por ajustes macroeconômicos severos. Desde o final da década de 1970 até meados da de 1980, o modelo adotado dava ênfase ao reequilíbrio do balanço de pagamentos visando ao acesso ao crédito externo.

É compreensível que, em um ambiente de abertura política e retomada do processo democrático, uma certa resistência tenha sido criada à assimilação das normas do ajuste macroeconômico ditadas pela comunidade financeira internacional. Logo, as tentativas desse ajuste não surtiram o efeito estruturante que delas se esperava. Dessa forma, os impactos sobre o sistema de proteção social foram apenas residuais.

Ainda assim, da metade da década de 1980 até o início da de 1990, apesar de ter havido restrições cada vez mais severas de meios para o financiamento das políticas sociais, essas atingiram, de forma específica, setores localizados. Enquanto saneamento e habitação tiveram reduções de recursos em intensidades que causaram efeitos estagnadores, outros, como saúde e educação, foram apenas superficialmente atingi-

dos. Apesar disso, a evolução do gasto nesses setores privilegiados foi inexpressiva e ocorreu de forma oscilante, porém sempre com respaldo institucional de recursos legalmente assegurados.

Já na década de 1990, houve uma centralização organizada das políticas econômicas visando à contenção dos gastos públicos cujos efeitos resultaram na inserção da economia local no mercado globalizado. Nesse novo cenário, a política econômica se apresenta com menor grau de liberdade em sua orientação para o desenvolvimento interno e busca legitimação externa para garantir investimentos e créditos¹¹.

A solução foi buscada via contenção dos gastos de setores não financeiros, o que veio a garantir a formação do superávit primário do conjunto do setor público. Esse arranjo estabeleceu a limitação das despesas sociais e afetou seriamente a dinâmica dos setores com menos inserção política e com menor poder de vocalização das demandas¹¹.

Nesse contexto, setores sob governança do Estado foram atingidos estruturalmente com sérias limitações nas suas disponibilidades financeiras, com consequentes deformações estruturais na concretização das políticas propostas. Especificamente em relação à saúde, o novo modelo instituído pela Constituição Federal de 1988² já contava com uma agenda com pautas bem definidas e com atores articulados e participativos, detentores de expressivo acúmulo de conhecimento sobre o processo, o que favoreceu o eficiente delineamento de um sistema institucional de proteção que assegurou perdas de recursos apenas residuais.

O papel institucional na proteção aos recursos setoriais

O papel institucional é determinante nos rumos do desempenho governamental e exerce forte ascendência na qualidade do serviço e na satisfação da população. Esse papel se explicita no modo como as organizações da comunidade política e as estruturas econômicas entram em conflito¹², observação bem apropriada para o caso da implementação do SUS e, particularmente, para a questão da disputa por recursos para financiar o gasto setorial no interior do OSS.

A análise da questão do financiamento à saúde no Brasil deve levar em consideração o delineamento que as instituições têm conferido ao seu perfil, cuja agenda resultou em um arcabouço legal com influências importantes sobre o seu

comportamento. Essas normas foram originárias de iniciativas que traduziram expectativas de resolução dos problemas do financiamento do gasto público em saúde e funcionaram como instrumentos de intermediação para a oficialização dos anseios coletivos.

Um olhar atento sobre o decorrer da disponibilização de recursos à saúde no Brasil detecta a sinalização da causalidade social e da participação política de grupos interessados nos movimentos orientadores da trajetória percorrida. As determinações interativas do processo histórico proporcionam conformidade à estruturação das reivindicações calcadas nessa trajetória¹² e pelos embates entre os grupos de interesses envolvidos no processo.

É reconhecido que o poder gerado pelo acúmulo histórico do Movimento Sanitário no Brasil e pela coesão dos grupos com interesses comuns em torno das questões de saúde foi determinante do rumo tomado pelas iniciativas para estabilização do financiamento. Essas iniciativas, geradas da vocalização das demandas sociais canalizadas pelas suas diversas representatividades, resultaram em um arcabouço legal que, até certo ponto, facilitou a proteção institucional com relação às consequências restritivas do ajuste macroeconômico sobre a disponibilização dos recursos federais para a saúde que, mesmo após a descentralização de deveres e obrigações, continuou hegemônica.

A estruturação dessa normatização específica deu-se a partir do marco legal traçado pela Constituição Federal vigente, que estabeleceu a diversificação de fontes na composição do Orçamento da Seguridade Social (OSS). Nas disposições transitórias do texto constitucional, no que se refere o art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, foi determinado que ***Até que seja aprovada a Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO), trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro desemprego, será destinado ao setor saúde***¹³. Esse dispositivo constou de algumas LDOs, definindo muito mais tetos orçamentários que a realização efetiva das despesas⁷.

Diante das restrições internas do OSS e da austeridade imposta pelo ajuste macroeconômico mais abrangente praticado na segunda metade da década de 1990, é posta em prática mais uma iniciativa de proteção ao financiamento setorial. Por proposição do Ministério da Saúde, foi criado em 1994 o Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF), o que gerou o início dos debates em torno da criação da Con-

tribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que o substituiria com caráter vinculativo.

A mais recente tentativa institucional para assegurar regularidade ao financiamento da saúde foge da estratégia da composição de fontes e da interação entre o OGU e o OSS e se volta para os princípios da divisão de responsabilidades constitucionalmente estabelecidas no parágrafo 10 do artigo 195, que trata da participação das receitas dos estados, Distrito Federal e municípios no financiamento da descentralização das ações e serviços de saúde². Essa intenção concretizou-se via Projeto de Emenda à Constituição (PEC), que resultou em 2000 na aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29)², que modificou os artigos 167 e 198 do inciso IV, o que vinculou receitas tributárias de competência dos estados e municípios e indexou a participação da União à variação do PIB.

É importante ressaltar que os grupos de interesse organizados em torno das questões sanitárias continuam em atuação nos embates pela regulamentação da EC 29², participando ativamente das discussões realizadas durante a tramitação do projeto de lei que a regulamenta, debatendo pontos que são capitais para elevar a eficiência da aplicação dos recursos.

Os efeitos da proteção ao financiamento da saúde no Brasil

Desde a implantação do SUS, o nível de gestão federal vem coordenando a política de saúde utilizando como principal instrumento o controle do fluxo de recursos, o que configura uma forma de centralização que não converge com a fundamentação do próprio sistema⁴. Porém, o centralismo financeiro facilita a proteção institucional às consequências restritivas do ajuste macroeconômico, uma vez que entre as responsabilidades do nível federal consta a provisão de recursos para a cobertura ao setorial¹³.

Tendo em vista que a participação da União no financiamento da saúde continua hegemônica, estando no início da década de 2000, em média, em torno de 56% do total dos gastos públicos no segmento⁵, é importante analisar as iniciativas desenvolvidas pela esfera federal na tentativa de proteger a regularidade e de tentar a ampliação do fluxo de recursos com destinação específica.

Mesmo considerando as já citadas determinações constitucionais, o que se verificou, na prática, foi o que Faveret⁴ denominou de especiali-

zação de fontes no campo da Seguridade Social, uma vez que o encolhimento da base orçamentária específica levou a embates entre as três áreas que compunham a Seguridade Social.

A respeito da especialização de fontes para cada segmento componente do OSS, Lucchese¹⁴ argumenta: ***A fonte relativa à contribuição sobre folha de salários passou a ser exclusiva da Previdência Social, o que prejudicou a perspectiva solidária do financiamento da Seguridade Social e comprometeu a aplicação do princípio constitucional da diversidade da base de financiamento.***

A partir dessas restrições, a saúde deixou de contar com a principal fonte disponível ao seu custeio, ficando mais dependente dos recursos do Tesouro Nacional, o que colocou o modelo que se implementava em situação de alta vulnerabilidade, uma vez que o submeteu à disponibilidade de caixa do Tesouro Nacional. O fluxo de recursos tornou-se dependente de negociações realizadas junto à esfera econômica do governo federal e até da necessidade de recorrer ao recurso extremo da tomada de empréstimo ao FAT⁵.

Nesse cenário, a busca da regularização e da ampliação do fluxo de recursos foi tentada por meio da vinculação de fontes. A compreensão de vinculação de recursos está relacionada à busca de uma forma de minorar problemas de alocação de meios para atividades de caráter essencialmente estatais e consideradas como prioridades nacionais. O estabelecimento de recursos vinculados deve constar das regras básicas do pacto federativo expresso na Constituição Federal e regulamentado por leis complementares. Isso torna sua aplicabilidade obrigatória pelos entes federados por meio da determinação de uma alocação mínima que possibilite a solução de problemas mais urgentes que gerem externalidades positivas.

Em geral, os órgãos do sistema de seguridade social vêm tentando garantir a regularidade de seu financiamento pela vinculação de receitas. A consequência dessa prática é uma tendência crescente de criação de contribuições sociais e de fixação de alíquotas específicas sobre as bases existentes, o que causa cada vez mais segmentação ao sistema de contribuições sociais⁴.

A tentativa mais recente de indexar a participação federal no financiamento da saúde à variação nominal do PIB constitui-se em dispositivo que, apesar de ainda não regulamentado, agrega novo componente aos integrantes do financiamento da saúde e parece indicar acréscimos e estabilidade aos valores destinados ao setor, uma vez que consolida o mecanismo de cofinanciamento⁴.

No entanto, os resultados alcançados por esses arranjos institucionais apresentam-se controversos. Dados do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) mostram que no gasto em saúde houve recuo da participação federal após a implementação da EC 29. Em 2000, este representava 59% do gasto total, tendo recuado para 56% em 2001 e para 53% em 2002.

No entanto, ***Os demais entes federados elevaram sua participação no total de recursos para a saúde: a dos estados foi elevada de 18,53% em 2000 para 20,67% em 2001, tendo chegado a 21,64% em 2002. Já os municípios partiram de 21,63% em 2000, passando a 23,63% em 2001, e atingiram 25,25% em 2002***⁵.

O desempenho dos arranjos institucionais

Em um contexto agravado pela aceleração inflacionária, pelo ajuste macroeconômico e pelos efeitos da crise da previdência social já comentada, formou-se um cenário de precariedade financeira para a saúde que levou à criação da CPMF, instituída pela Emenda Constitucional nº 12, de 16/08/96, e regulamentada pela Lei nº 9.311, de 24/10/96¹⁶, com alíquota de 0,20% incidente sobre as movimentações financeiras, tendo vigorado, em caráter "provisório", com recursos de destinação exclusiva para a saúde. Desde 1999 sua vigência começou a ser prorrogada, sua alíquota majorada e sua destinação diversificada, uma vez que passou também a financiar a previdência (0,10%) e, desde 2002, o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (0,08%). Além dessas descaracterizações, foi contingenciada em 20% pela Desvinculação dos Recursos da União (DRU) e pelos mecanismos que a antecederam.

A idealização da CPMF, por ter tido como finalidade o enfrentamento da crise financeira por que passava o setor saúde, teve um caráter provisório e exclusivo. Essas características inauguraram uma prática que veio a se tornar comum em anos posteriores: a das receitas temporárias, o que corresponde a uma fonte de ajustamento que não se prolonga no tempo. O período de vigência da cobrança desse tipo de contribuição é fixado com relativa arbitrariedade, o que facilita a flexibilidade da decisão por sua ruptura ou seu prolongamento¹⁷.

Entre 1997 e 2007, a CPMF foi a mais importante fonte de financiamento do gasto federal em saúde, correspondendo a cerca de 30% dos recursos alocados pela União. A sua criação, bastante oportuna em um momento de fragilização

dos meios para o financiamento estatal do setor, foi aos poucos perdendo força e credibilidade em relação às expectativas de estabilização e ampliação que gerara.

O grupo de Receitas Correntes (RC), no qual a CPMF se enquadra, tem forte sustentabilidade no crescimento da economia. A Tabela 5 apresenta uma comparação da *performance* do PIB com a evolução da arrecadação das RC no período analisado.

A evolução da arrecadação das RC é linear em relação ao PIB, guardando uma proporção média de 23,75% ao ano, com desvio padrão de 2,82. No entanto, no período, o crescimento das RC foi mais intenso que o do PIB. Enquanto as RC tiveram um crescimento médio anual de 4,9%, o PIB cresceu, em média, apenas 1,6% no mesmo período, o que demonstra, por um lado, o baixo índice de crescimento da economia no período e,

por outro, o aprimoramento da eficiência tributária do Estado.

A Tabela 6 mostra a crescente participação das CS na formação das RC, partindo de pouco mais de 23% até quase 56%, o que remete a uma participação média anual de 35,29%, com desvio padrão de 12,22.

No grupo das CS, a CPMF destaca-se como fonte de financiamento à saúde devido às especificidades originalmente a ela atribuídas e a sua representatividade como fonte orçamentária para o setor. Partindo dessas premissas, presumiu-se que a sua arrecadação provocaria alterações importantes no financiamento setorial.

O gasto federal em saúde e as influências provocadas pela arrecadação das CS, e mais especificamente da CPMF, é mostrado na Tabela 7.

No decorrer do período, as CS tiveram um crescimento mais intenso que o da arrecadação da CPMF. A análise do comportamento das CS aponta um crescimento médio anual de 17,3%, enquanto a CPMF teve um desempenho médio relativamente menor, correspondente a 11,8%. O exame das séries indica que a arrecadação da CPMF representou entre 10,49% e 19,24% das CS, com tendência crescente até 2001, quando alcança certa estabilidade até o fim do período. Apesar disso, a aplicação dessa contribuição em saúde evoluiu de forma bem menos intensa, uma vez que teve uma taxa de crescimento médio anual de apenas 2,4%.

O Gráfico 1 visualiza a comparação da evolução da CPMF arrecadada com a sua aplicação em saúde.

É nítido o progressivo distanciamento entre a arrecadação e o emprego da CPMF em saúde. Enquanto a curva que representa a arrecadação da CPMF tem uma inclinação acentuada, a da sua utilização em saúde torna-se praticamente paralela ao eixo das abscissas, com tendência declinante a partir de 2002.

Aplicando-se uma função logarítmica aos valores reais das variáveis e estimando-se um modelo de regressão linear a um nível de significância de 5%, obtêm-se as seguintes equações de retas:

$$\text{CPMF estimada} = 0,0579x - 111,4507$$

$$\text{Emprego da CPMF em saúde estimada} = 0,0174x - 30,7506$$

O coeficiente angular de cada reta confirma que a evolução da arrecadação da CPMF foi bem mais intensa que a da sua aplicação em saúde.

Os resultados da institucionalização da CPMF prosseguiram aquém das expectativas de suprimento das necessidades financeiras para a

Tabela 5. Evolução do PIB e das receitas correntes. Em R\$ milhões de 2004*.

Ano	PIB(a)	Receitas correntes (b)	%(b) / (a)
1995	1.525.013	459.249	30,11
1996	1.503.252	302.753	20,14
1997	1.532.508	308.475	20,13
1998	1.526.694	334.760	21,93
1999	1.597.107	357.554	22,39
2000	1.662.895	381.302	22,93
2001	1.702.205	410.964	24,14
2002	1.776.757	452.859	25,49
2003	1.836.295	453.647	24,70
2004	1.766.621	450.590	25,51

Tabela 6. Evolução da arrecadação das Receitas Correntes e das Contribuições Sociais. Em R\$ milhões de 2004*.

Ano	Receitas correntes (a)	Total Contrib. Sociais(b)	%(b) / (a)
1995	459.249	130.194	28,35
1996	302.753	71.705	23,68
1997	308.475	83.193	26,97
1998	334.760	78.827	23,55
1999	357.554	102.808	28,75
2000	381.302	114.488	30,03
2001	410.964	126.650	30,82
2002	452.859	233.701	51,61
2003	453.647	241.741	53,29
2004	450.590	251.656	55,85

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional/Ministério da Fazenda.

* Valores corrigidos pelo IPCA/IBGE.

Elaboração própria.

expansão do SUS. Em 2000, foi aprovada a EC 29², fixando percentuais de vinculação das receitas próprias estaduais e municipais e a indexação da aplicação federal em saúde ao crescimento do PIB, após uma elevação de 5% em relação ao empenhado em 1999.

Estimativa do MS apontou o reflexo financeiro consolidado demonstrando os valores a serem aplicados até 2004 por cada ente federativo. Foram estimados os impactos no período de 1998 a 2004, que abrange todo o processo de aplicação da EC 29² e o de 2000 a 2004, em que a emenda seria efetivamente aplicada (Tabela 8).

Tabela 7. Arrecadação das Contribuições Sociais (CS), CPMF e emprego da CPMF em saúde. Em R\$ milhões de 2004^{*}.

Ano	Total CS (a)	CPMF (b)	CPMF empregado saúde (c)	%(b/a)	%(c/b)
1995	130.194	328	-	-	-
1996	71.705	0	-	-	-
1997	83.193	12.121	9.110	14,57	75,16
1998	78.827	13.582	10.850	17,23	79,89
1999	102.808	13.036	7.352	12,68	56,40
2000	114.488	21.739	10.579	18,99	48,66
2001	126.650	24.363	10.380	19,24	42,61
2002	233.701	26.752	14.323	11,45	53,54
2003	241.741	27.121	11.577	11,22	42,69
2004	251.656	26.394	10.760	10,49	40,77

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional/Ministério da Fazenda.

^{*} Valores corrigidos pelo IPCA/IBGE.

Elaboração própria.

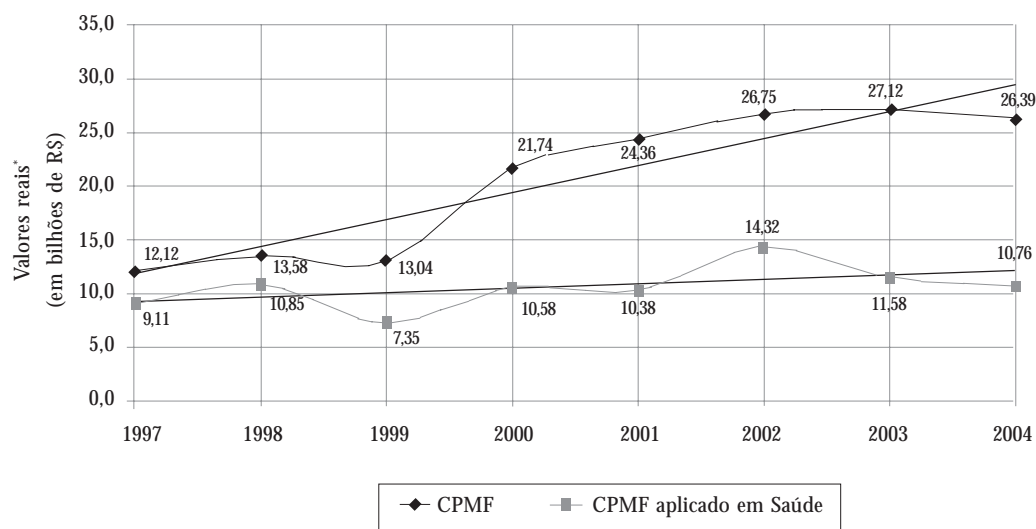


Gráfico 1. Evolução do CPMF arrecadada e da sua aplicação em saúde. Brasil, 1997-2004.

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional/Ministério da Fazenda.

^{*} Valores Deflacionados pelo IPCA tomando-se como base o ano de 2004.

Elaboração própria.

O maior impacto registrado pela estimativa seria sobre as contas estaduais, com incremento de quase 65% entre 1998 e 2004 e de pouco mais de 54% entre 2000 e 2004.

Para a União e os municípios, os acréscimos corresponderiam a 15,91% e 28,00%, entre 1998 e 2004. De 2000 a 2004, eles deveriam ser de 10,15% e 22,53%, respectivamente. Esses percentuais originariam um crescimento médio de 28,83% para as três esferas de governo, entre 1998 e 2004, e de 21,26% de 2000 a 2004.

Os valores empenhados pela União confrontados com os valores mínimos a serem aplicados estimados pelo MS apontam um gasto efetivo em torno do piso mínimo estabelecido pelo instru-

mento legal, conforme se verifica na Tabela 9, que contém os valores mínimos de responsabilidade federal estimados pelo MS e os valores empenhados, atualizados para dezembro de 2004.

No período de 2000 a 2004, de acordo com o piso estimado pelo MS, haveria um acréscimo de 10,15%. No entanto, os quantitativos anuais efetivamente empregados resultaram em um acréscimo de apenas 6,17%.

A comparação do gasto em saúde nos anos anteriores e posteriores à aplicação da EC 29² fornece algumas conclusões a respeito dos efeitos daquele dispositivo. A Tabela 10 mostra os gastos em saúde no período de 1995 a 2004, com valores atualizados para dezembro de 2004. Con-

Tabela 8. Estimativa do MS para o impacto da EC 29 por esfera de governo. Em R\$ Bilhões de 2000*.

Esfera de governo	Valores 1998** R\$ bi	Valores 2000 R\$ bi	Estimativa 2004 R\$ bi	Adicional EC 29 04/98		Adicional EC 29 04/00	
				R\$ bi	%	R\$ bi	%
União	18,35	19,27	21,27	2,92	15,91	2,00	10,38
Estados	5,70	6,10	9,40	3,70	64,91	3,30	54,10
Municípios	8,11	8,50	10,40	2,29	28,24	1,90	22,35
Brasil	30,91	33,87	41,07	8,91	28,83	7,20	21,26

Fonte: Favaret *et al*¹⁸ / União: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)/Ministério da Saúde. Estados e municípios: Balanço dos estados e municípios/Relatório Finanças do Brasil (Finbra) - 1998 e 2000/Secretaria do Tesouro Nacional/Ministério da Fazenda. Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (Siops)/Ministério da Saúde.

* Valores corrigidos pelo IPCA/IBGE; ** Para a União, foi considerado o valor empenhado em 1999.

Obs.: excluídas as despesas com inativos, pensionistas e com o serviço da dívida pública.

Elaboração própria.

Tabela 9. Comparação dos pisos efetivos estimados pelo MS com os valores reais empenhados. Em R\$ bilhões de 2004*.

Ano	Piso MS (a)	Valores Emp (b)	%(b/a)
2000	29,14	30,80	105,70
2001	32,66	31,95	97,83
2002	32,34	32,60	100,80
2003	32,80	32,21	98,20
2004	32,10	32,70	101,87

Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)/SE/MS. Conselho Nacional de Saúde (Relatório da Cofin - dez. 2004).

* Valores atualizados pelo IPCA/IBGE

Obs.: excluídas as despesas com inativos, pensionistas e com o serviço da dívida pública.

Elaboração própria.

Tabela 10. Gastos federais em ações e serviços públicos de saúde. Em R\$ de 2004*.

Ano	Gasto em Saúde*	Índice
1995	28.820	100,00
1996	23.946	83,09
1997	27.217	113,66
1998	25.459	93,54
1999	30.099	118,23
2000	30.730	100,00
2001	31.913	103,91
2002	32.653	102,32
2003	32.074	98,23
2004	32.703	101,96

Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)/SE/MS.

* Valores corrigidos pelo IPCA/IBGE.

Obs.: excluídas as despesas com inativos, pensionistas e com o serviço da dívida pública.

Elaboração própria.

siderando-se a aplicação da EC 29² a partir de 2000, obtêm-se alguns indicativos a partir da comparação entre os períodos delimitados.

A variação média anual do gasto do setor entre 1995 e 1999 foi de 4,55%, enquanto de 2000 a 2004 foi de 0,49%. A média de gasto anual, a preços de 2004, foi de R\$ 27,1 bilhões no primeiro período e de R\$ 33,0 bilhões no segundo, com acréscimos marginais anuais que somaram 18,18% e 1,96%, respectivamente. Esses indicativos mostram que, apesar de ter havido uma elevação do valor médio anual empenhado pela União, esse valor manteve-se estagnado em torno do piso mínimo determinado pela EC 29².

Os gráficos 2 e 3 ilustram os dados da Tabela 10 e evidenciam os argumentos decorrentes da análise daquela tabela.

A curva representativa do período mostra que até 2000 o movimento foi bastante irregular, porém com uma inclinação ascendente. A partir de 2000 é bem nítida a linearidade dos valores aplicados, embora com uma inclinação bem menos acentuada.

Os períodos anteriores e posteriores à aprovação da EC 29² têm suas curvas representativas dispostas paralelamente. A observação delas tor-

na ainda mais nítida a estabilização dos valores empregados pela União num patamar que corresponde ao mínimo determinado pelo dispositivo legal. Também explicita uma evolução mais acentuada e menos uniforme entre 1997 e 2000, dado o aspecto ascendente e irregular da curva.

O efeito conjunto das duas medidas aponta uma elevação do gasto setorial de 19,27% em 1997, ano de aprovação da CPMF, pouco expressivo, dada a baixa aplicação nos anos anteriores. Em 2000, a aprovação da EC 29², lastreada nessa fonte de relativa exclusividade – a CPMF –, elevou a aplicação federal e tornou-a mais simétrica que antes da sua vigência, movimento demonstrado pelos coeficientes de variação de 9,15% e 7,28%, respectivamente.

Os resultados dessas iniciativas, à luz dos principais indicadores, macroeconômico e populacional, avaliam os efeitos genéricos com relação a esses agregados. A Tabela 11 mostra a evolução, no período analisado, considerando-se como o gasto federal em saúde os valores empenhados pelo MS, definidos como gastos em saúde os adotados pela Resolução nº 316, de 4/4/2002, do Conselho Nacional de Saúde¹⁵, e Portaria MS/GM nº 2.047, de 5/11/2003, que dispõem

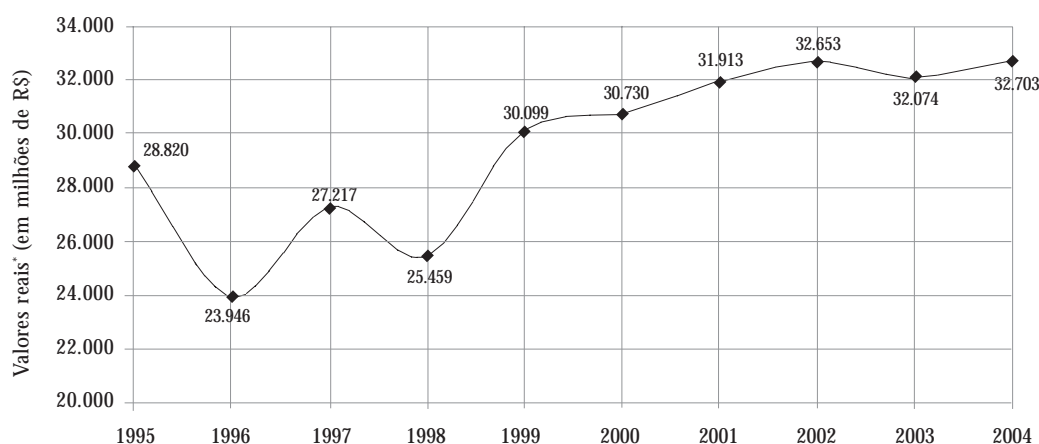


Gráfico 2. Evolução dos gastos federais em ações e serviços públicos de saúde. Brasil, 1995-2004.

Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)/SE/MS.

* Valores deflacionados pelo IPCA tomando-se como base o ano de 2004.

Elaboração própria.

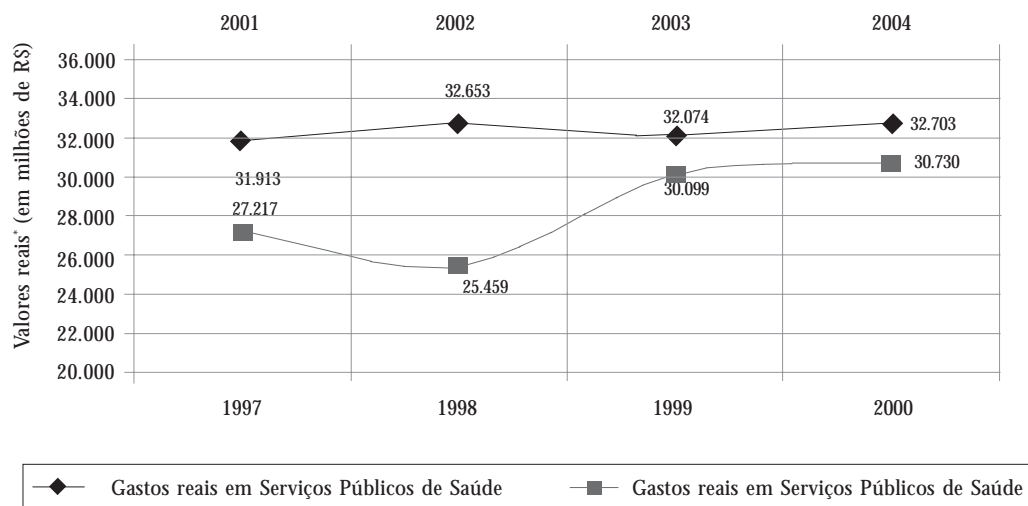


Gráfico 3. Evolução dos gastos federais em serviços públicos de saúde* antes e após a aplicação da Emenda Constitucional nº 29.

Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)/SE/MS.

* Valores deflacionados pelo IPCA tomando-se como base o ano de 2004.

Elaboração própria.

sobre as diretrizes operacionais para a aplicação da EC 29².

A média do gasto *per capita* elevou-se de R\$ 169,77 para R\$ 182,91 da situação de antes para a de depois da aplicação da EC 29², ampliação de pouca significância levando-se em consideração a situação de crise do financiamento antes da implementação da CPMF. Os coeficientes de variação de 8,72% e 2,63%, nos dois períodos, evidenciam a homogeneidade de valores aplicados obtida pela EC 29². Com relação à comparação proporcional ao PIB, houve alteração pouco significativa (0,07%) entre as duas situações.

A regulamentação da EC 29

Atualmente, tramita no Congresso Nacional o Substitutivo ao Projeto de Lei Complementar nº 308/2008¹⁹ para a regulamentação da EC 29². Entre as determinações contidas no PLC 01/03, as consideradas centrais para a questão do financiamento relacionadas com a responsabilidade fiscal do Poder Executivo Federal são:

(1) propõe a criação da Contribuição Social para a Saúde (CSS) como fonte exclusiva vincula-

da da União, com alíquota de 0,1% sobre as transações financeiras da rede bancária nacional.

(2) a definição conceitual de ações e serviços de saúde, por meio do atendimento às diretrizes de acesso universal, igualitário e gratuito à saúde, conformidade com os Planos de Saúde em cada ente da Federação e responsabilidade específica do setor de saúde;

(3) as receitas da CSS serão excluídas dos valores empenhados considerados como percentual do PIB de referência para a indexação, conforme determinado pela EC 29. Para efeito do cálculo dos pisos de cumprimento da EC 29 propõe que sejam consideradas as despesas liquidadas e pagas no exercício e os restos a pagar até o limite das responsabilidades de caixa ao final do respectivo ano-calendário.

Observa-se que haveria ganhos substanciais de recursos para a saúde em caso de substituição da permanência da indexação ao PIB, proposta pelo projeto de lei atual, pela condição de vínculo estabelecida pelo PLC 01/03, atualmente substituído. Uma simulação da hipótese de vínculo de 10% das receitas brutas - receitas correntes para a Secretaria do Tesouro Nacional - constante do PLC 01/2003 para o período de 2000 a 2004, con-

siderando receitas brutas realizadas até 31 de dezembro de cada ano as correspondentes à soma das receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, de transferências e outras receitas correntes cuja arrecadação foi apresentada no Relatório Resumido da Execução Orçamentária, publicado pelo Ministério da Fazenda no final de cada exercício – apresentaria a conformação da Tabela 12.

Verifica-se que haveria acréscimos anuais variando entre 24,08% e 41,44%, o que representaria um ganho médio em torno de 34,15% por exercício.

As discussões em torno da regulamentação da EC 29² deverão ter continuidade no Plenário da Câmara dos Deputados e no Senado Federal para só então ser submetida à sanção presidencial.

Considerações finais

As análises dos dados permitem concluir que iniciativas institucionais como a criação da CPMF e a aprovação da EC 29² influenciaram positivamente o desempenho do gasto em saúde da União no período de 1995 a 2004. Nesse contexto, a CPMF serviu como alternativa para os problemas imediatos de escassez de meios causados pela crise da Previdência Social no início dos anos 1990. Este estudo demonstrou que a sua eficiência alocativa não teve o efeito esperado em termos de expansão do volume de recursos, porém trouxe estabilização efetiva num contexto de restrições fiscais e de expansão dos gastos correntes do governo federal. Esse movimento favoreceu o setor Saúde na disputa orçamentária e conferiu reforço à regularização do fluxo de recursos.

Tabela 11. Gasto em saúde *per capita* e como proporção do PIB. Brasil, 1995-2004. Em R\$ milhões de 2004*.

Ano	Gasto em saúde	População	PIB	Gasto <i>per capita</i> em R\$ 1	% do PIB
1995	28.820	155.822.440	1.525.013	184,95	1,89
1996	23.946	157.070.163	1.503.252	152,45	1,59
1997	27.217	159.636.413	1.532.508	170,49	1,78
1998	25.459	161.790.311	1.526.694	157,36	1,67
1999	30.099	163.947.554	1.597.107	183,59	1,88
2000	30.730	169.799.170	1.662.895	180,98	1,85
2001	31.913	172.385.826	1.702.205	185,13	1,87
2002	32.653	174.632.960	1.776.757	186,98	1,84
2003	32.074	176.871.437	1.836.295	181,34	1,75
2004	32.703	181.581.024	1.766.621	180,10	1,85

Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)/MS e IBGE.

* Valores corrigidos pelo IPCA/IBGE.

Obs.: excluídas as despesas com inativos, pensionistas e com o serviço da dívida pública.

Elaboração própria.

Tabela 12. Comparação do gasto em saúde indexado ao PIB com a vinculação à receita tributária prevista no PL 01/03. Em R\$ nominais.

Ano	Gasto em saúde* (a)	Receita corrente bruta (b)	10% de (b) (c)	Ganho anual PL 01/2003(d) (c - a)	(d) / (a)
2000	20.351	252.518	25.252	4.901	24,08
2001	22.474	289.411	28.941	6.467	28,78
2002	24.737	343.075	34.308	9.571	38,69
2003	27.181	384.447	38.445	11.264	41,44
2004	32.708	450.590	45.059	12.356	37,78

Fonte: (a) Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)/SE/MS.

* Exclui despesas com inativos, pensionistas e despesas com o serviço da dívida pública.

Elaboração própria.

O aprimoramento da eficiência tributária do Estado brasileiro resultou em um crescimento das Receitas Correntes maior do que o crescimento da economia. Nessa categoria de receitas, as Contribuições Sociais têm importante destaque pela sua participação nessa expansão. No mesmo grupo de fontes, a criação da CPMF provocou relativa elevação no aporte de recursos disponibilizados à saúde. No entanto, enquanto a CPMF expandia a sua participação, outras fontes importantes para o setor eram desviadas para outras finalidades, principalmente as demais Contribuições Sociais que tinham destaque relativo no Orçamento da Saúde.

A incorporação da CPMF funcionou como instrumento de sustentação orçamentária do setor, complementada, principalmente, pelas demais Contribuições Sociais alocadas na saúde e tendo os Recursos Ordinários como suplementação residual para manter o nível do financiamento no patamar alcançado pelo arranjo institucional que viabilizou a sua criação.

O que houve, de fato, foi uma compensação de fontes de modo a manter o patamar do financiamento setorial no nível alcançado no primeiro exercício de aplicação dos recursos da CPMF e, posteriormente, no nível mínimo fixado pela EC 29². As previsões de cobertura das necessidades geradas pelo avanço da implementação do SUS não foram confirmadas a partir da análise dos dados coletados para este estudo. O efeito mais evidente dessas medidas foi de proteção do setor Saúde contra as pressões restritivas do modelo adotado pelo ajuste macroeconômico.

Em 2000, a aprovação da EC 29² indexou valores mínimos para aplicação pela esfera federal à variação do PIB. Esse marco legal, apoiado por uma fonte de relativa exclusividade – a CPMF –,

reforçou as condições institucionais que estabeleceram o financiamento da saúde.

Pelo visto, essas iniciativas, conjuntamente, criaram um patamar de referência de garantia de valores mínimos de responsabilidade da União, com efeitos residuais para a expansão dos montantes anuais empregados. Em consequência, criou um padrão de estabilidade na orçamentação da saúde para o nível de governo federal. A importância desses efeitos é destacada pelo cenário de enorme disputa orçamentária no âmbito da União, sendo o gasto público federal constrangido por pressões do esforço primário e pelo crescimento do gasto público com despesas correntes.

Recomenda-se que o governo federal mobilize esforços para a análise da eficiência alocativa e da qualidade do gasto em saúde, por meio da implantação de um sistema de custos que possibilite o conhecimento dos custos unitários, médios e totais dos produtos e serviços disponibilizados pelo SUS e da implementação de um sistema integrado de planejamento das ações, construído com compartilhamento de responsabilidades entre níveis de gestão, incluindo o monitoramento e a avaliação das ações do SUS.

Outra iniciativa relevante que contribuirá na elevação da eficiência do gasto público em saúde é a implantação de um Plano Nacional de Investimentos, com recorte regional, de forma a reforçar o suporte adequado para futuros incrementos das despesas de custeio e conferir maior equidade à rede de atenção.

Essas iniciativas possibilitarão o desenvolvimento do SUS e fornecerão elementos para a análise do gasto federal em saúde, de forma a melhor caracterizar a questão da eficiência alocativa e da eficácia do atual modelo de atenção à saúde.

Colaboradores

JRM França e NR Costa participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado; 1988.
2. Brasil. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de outubro de 2000. Altera a Constituição Federal de 1988 para alterar recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União** 2000; 13 out.
3. Steinmo S. **Taxation and democracy. Swedish, British and American approaches to financing the modern State**. New Haven, Connecticut: Yale University Press; 1993.
4. Favaret ACSC. **Federalismo fiscal e descentralização no Brasil: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000** [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.
5. Ugá MAD, Marques MR. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 193-234.
6. Medici AC. **Saúde no contexto da seguridade: dilemas de financiamento**. São Paulo: Fundap; 1995. (Notas Técnicas IESP nº 14).
7. Piola SF, Biasoto G. Financiamento do SUS nos anos 90. In: Negri B, Giovanni G. **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: Editora Unicamp; 2001. p. 219-232.
8. Castro J, Moraes Neto MB, Sadeck F, Duarte BC, Simões HB. **Análise da evolução e dinâmica do gasto social federal: 1995-2001**. Brasília: Ipea; 2003. (Texto para Discussão nº 998). p. 45.
9. Castro JÁ, Cardoso Jr. JC. Políticas sociais no Brasil: gasto social do governo federal de 1988 a 2002. In: Jaccoud L, organizador. **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília: Ipea; 2005. p. 261-318.
10. Castro JÁ, Ribeiro JÁ, Chaves JV, Duarte BC, Simões HB. **Gasto social e política macroeconômica: trajetórias e tensões no período 1995-2005**. Brasília: Ipea; 2008. (Texto para Discussão nº 1.324).
11. Costa NR. Política social e ajuste macroeconômico. **Cad Saude Publica** 2002; 18(Supl.):13-21.
12. Hall PA, Taylor RCR. As três versões do neoinstitucionalismo. **Revista Lua Nova** 2003; 58:193-223.
13. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990; 20 set.
14. Lucchese PT. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implantação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995. In: Lucchese PT. **Planejamento e políticas públicas, n. 14**. Brasília: Enap; 1996. p. 75-155.
15. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Jornal do Conass** 2004; 8.
16. Brasil. Lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996. Institui a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira-CPMF, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1996; 25 out.
17. Giambiagi F. **Do déficit de metas às metas de déficit: a política fiscal no governo Fernando Henrique Cardoso – 1995/2002**. Rio de Janeiro: Ed. BNDES; 2002. (Textos para Discussão nº 53).
18. Favaret ACSC, Oliveira FA, Biasoto Junior G, Kepky K, Teixeira MG, Malheiro PCF, Benevides RPS. **Estimativa do impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde**. Brasília: MS; 2001. (Cadernos de Economia da Saúde, n. 1; série J, Cadernos, n. 4).
19. Brasil. Senado Federal. **Projeto de Lei Complementar (PLP- 306/2008)**. Brasília: Senado Federal; 2008.

Artigo apresentado em 08/08/2007

Aprovado em 11/03/2008

Versão final apresentada em 11/04/2008